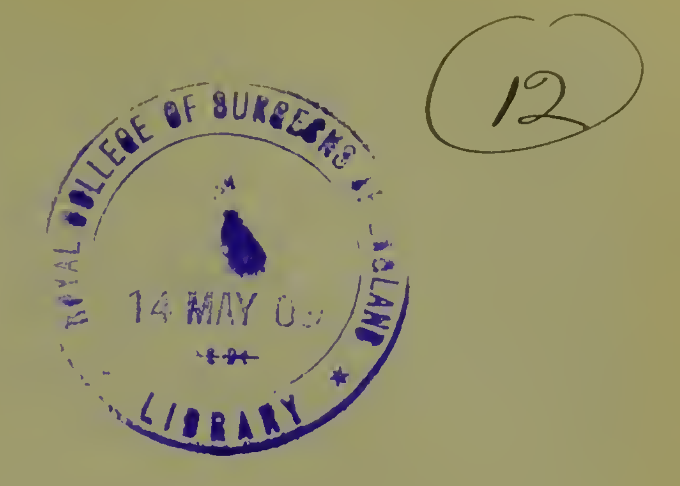
Abgedruckt aus:
Dermatologisches Centralblatt.
Herausgegeben von Dr. Max Joseph.
(Verlag Veit & Comp. Leipzig.)
Elfter Jahrgang. Nr. 7.



Leukoplakie und Karzinom.

Von **A. Herzfeld** in New York.

„Ein Gespenst steht im Hintergrunde jeglicher Leukoplakie und beschleunigt das verhängnisvolle Ende dieser Krankheit, das ist das Karzinom auf leukoplakischer Grundlage.“[1] Die Statistiken sprechen von über 22 % aller Fälle von Leukoplakie, welche in Karzinom übergehen, und da wir viele Fälle nicht bis zu deren Ende verfolgen können, so wird dieser Prozentsatz wohl noch bedeutend höher sein. Es wird immer darauf hingewiesen, daß es der andauernde Reiz ist, den diese Schleimhautaffektion auf das Gewebe ausübt, welcher das Karzinom hervorruft, wie wir dies ja auch an anderen einem konstanten Reiz ausgesetzten Stellen des Körpers zu sehen gewohnt sind. Zweifellos präpariert die Leukoplakie den Boden für das kommende Karzinom und leicht geht die an Leukoplakie erkrankte Epithelzelle der Schleimhaut diese morphologische Veränderung ein, deswegen schien mir auch stets gerade dieser Krebs, der sich infolge der Leukoplakie entwickelt, den geringsten Stützpunkt für eine parasitäre Theorie des Krebses abzugeben. Wie leicht äußere Reize, die selbst als

[1] Max Joseph, Deutsche med. Wochenschrift. 1906. S. 1374.

ärztliche Heilversuche vorgenommen werden, auf die krankhaft veränderte Schleimhaut bei der Leukoplakie deletär einwirken und die latente Disposition zur Krebsbildung anfachen können, zeigt auch ein Fall von Kolaczek.[1]

Wenn ich mir nun erlaube in folgenden Zeilen einen ähnlichen Fall mitzuteilen, so soll auch dieser Fall zeigen, wie rapide die Entwicklung des Karzinoms bei der Leukoplakie nach einem äußeren Reiz, hier ein chirurgischer Eingriff, vor sich gehen kann, und weiterhin mahnt dieser Fall, wie vorsichtig man mit derartigen Eingriffen bei dieser Krankheit sein muß und daß unnötige chirurgische Eingriffe ganz und gar verwerflich sind.

Der Patient E. G., 60 Jahre alt, gibt an, bis zu seinem 19. Jahre stets gesund gewesen zu sein, in welchem Jahre er eine Lues akquirierte. Patient hatte ein Ulcus durum, leicht geschwollene Inguinaldrüsen und einen leichten Hautausschlag. Er wurde für diese Erkrankung im ganzen nur 6 Wochen behandelt, lokal mit einem Pulver, innerlich mit einer Mixtur, weiter wurde er antisyphilitisch nicht behandelt. Seine Familiengeschichte ergibt weder Leukoplakie noch Karzinom. Er war stets ein mäßiger Raucher, zwei bis drei Zigarren pro Tag und äußerst mäßig in alkoholischen Getränken. Patient hat zwei gesunde erwachsene Kinder. Vor 12 Jahren bemerkte Patient eine weißliche Verfärbung der Zungenschleimhaut, für welche Affektion er mich damals konsultierte. Ich fand eine Leukoplakia lingualis, welche sich fast über die ganze Zunge ausdehnte. Die Zungenschleimhaut selbst war weich, mäßig feucht und zeigte weder Rhagaden noch Geschwüre. Es bestand zur Zeit rechts eine große Zahnlücke, in welcher das Zahnfleisch hypertrophisch, sonst aber von normalem Aussehen war, auf der linken Seite waren eine Anzahl defekter Zähne. Auf mein Befragen gibt der Patient an, daß diese Hypertrophie von der Größe einer Haselnuß schon viele Jahre bestehe und ihm nicht die geringsten Beschwerden verursacht. Ich behandelte den Patienten damals lokal mit einer leichten Resorzinlösung, mit Thymol und Chlorkali, innerlich mit Jodkali, und später ließ ich ihn Quecksilbereinreibungen machen, doch ohne jeden Erfolg, weder die Leukoplakie, noch jenes hypertrophische Gewebe ward durch die antisyphilitische Behandlung sichtlich affiziert, obwohl das letztere von uns als Syphilom betrachtet wurde.

Vor 6 Jahren kam dieser Patient wiederum in meine Behandlung wegen jener Leukoplakie, welche sich nun über die Zunge, über das Zahnfleisch bis zur Wangenschleimhaut ausdehnte, sowohl letztere als auch jenes hypertrophische Gewebe in der Zahnlücke wie ein weißer Schleier überzog. Die Behandlung des Patienten bestand dieses Mal lokal in einer schwachen

[1] Deutsche Ärztezeitung. 1905.

Milchsäurelösung und innerlich Arsen. Nach mehreren Wochen in dieser Behandlung mußte ich den Patienten für eine Dauer von 18 Tagen meinem damaligen Vertreter, einem jungen Chirurgen, überlassen. Dieser riet dem Patienten sich das hypertrophische Zahnfleisch unter Kokainanästhesie entfernen zu lassen. Dies geschah, indem das hypertrophische Gewebe in kleinen Stücken während der Sprechstunde entfernt wurde. Bei meiner Rückkehr, 6 Tage nach dem letzten Eingriff, fand ich ein typisches Epitheliom, das von der operierten Stelle ausgehend bereits nach allen Richtungen in das gesunde Gewebe eingedrungen war. Die mikroskopische Untersuchung, die sofort im hiesigen deutschen Hospitale vorgenommen wurde, bestätigte meinen Befund. Der Patient wurde von Dr. F. Kammerer operiert, der Unterkiefer reseziert, ein Stück des Knochens vom Angulus mandibulae bis zum Kinn entfernt, ebenso die anliegenden Weichteile. 2 Jahre nach der ersten Operation bildete sich das erste Rezidiv, das unter Kokainanästhesie entfernt wurde. Ein weiteres Rezidiv bildete sich 2 Jahre später in der alten Narbe, auf die Wangenschleimhaut übergreifend. Der Patient wurde unter allgemeiner Narkose von Dr. W. Meyer operiert und ging am siebenten Tage nach der Operation an Erysipel zugrunde.

Zweifellos ist in diesem Falle das foudroyante Einsetzen des Karzinoms auf die wiederholten chirurgischen Eingriffe an dem durch die Leukoplakie veränderten Gewebe zurückzuführen. Die Hypertrophie des Zahnfleisches war harmloser Natur, dieselbe bestand über 20 Jahre, lange vor dem Einsetzen der Leukoplakie und machte dem Patienten keinerlei Beschwerden. Die Leukoplakie präparierte hier den Boden für die rapide Entwicklung des Karzinoms. „Es kann kaum zweifelhaft sein, daß der auf die leukoplakische Stelle ausgeübte operative Reiz die Entstehung des Krebses verschuldet und die latente Disposition zum Ausbruch einer krebsigen Wucherung angefacht hatte. Daher muß es als Prinzip aufgestellt werden, daß bei der Leukoplakie jede starke Reizwirkung zu vermeiden ist.“[1]

---

[1] Max Joseph, Ebenda.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig. 304

